TITRES

ET

Travaux Scientifiques

DU

Docteur Louis PINATELLE



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14

1907

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

TITRES

I. — TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE, PUIS INTERNE SUPPLÉANT DES HOPITAUX DE LYON (1893-1896).

INTERNE DES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE (1897-1898)

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON (1898-1902)

II. — TITRES UNIVERSITAIRES

MONITEUR D'HISTOLOGIE (1900-1902)

DOCTEUR EN MÉDECINE (1902)

CHEF ADJOINT DE LABORATOIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE (1902-1904)

MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE (1904-1906)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE depuis 1906

III. — ENSEIGNEMENT

ENSEIGNEMENT D'HISTOLOGIE A LA FACULTÉ (1900-1902)

ENSEIGNEMENT DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ (1900-1904)

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR JABOULAY, depuis 1904

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — MÉMOIRES ORIGINAUX

1. Hernie inguinale de l'appendice enflammé (*Loire Méd.*, décembre 1897).
2. Curetage pour rétentione placentaire et fœtale, datant de 5 mois 1/2 (*Loire Méd.*, mars 1898).
3. Traitement de quelques ulcérations cancéreuses, par les badigeonnages d'acide arsénieux (*Loire Méd.*, juin 1898).
4. Observation d'un cas de tétanos mortel, traité par l'injection sous-méningée de sérum anti-tétanique. En collaboration avec M. Montagnon (*Loire Méd.*, septembre 1898).
5. Deux observations d'athétose. Athétose à forme paraplégique congénitale : hémiathétose de l'enfance (*Loire Méd.*, septembre 1898).
6. Les hématuries essentielles du rein (*Province Méd.*, 26 novembre 1898).
7. Sur trois cas de pemphigus. En collaboration avec M. Patel. (*Lyon Méd.*, 29 octobre 1899).
8. Phlegmon gangréneux et gazeux (gangrène gazeuse), au cours d'une fièvre typhoïde (*Lyon Méd.*, 16 septembre 1900).
9. Obstruction intestinale post-typhique (*Lyon Méd.*, 11 novembre 1900).
10. Un cas de kystes gazeux de l'intestin et du péritoine. En collaboration avec M. Vallas. (*Lyon Méd.*, 18 août 1901).
11. Sur un cas de *spina bifida occulta*, avec troubles trophiques unilatéraux et hypertrichose lombaire, à distribution métamérique En collaboration avec M. Gangolphe. (*Gazette Hebd.*, 15 décembre 1901).
12. Sur un cas de phlébite puerpérale, remarquable par des rechutes lointaines et une localisation insolite (*Gazette Hebd.*, 19 décembre 1901).
13. Deux cas de môle hydatiforme avec vomissements graves (*Gazette Hebd.*, 23 janvier 1902).
14. Sur un cas d'enfoncement obstétrical de tout le frontal avec fracture, guéri par le relèvement sanglant immédiat. En collaboration avec M. Villard. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1902).

15. Note sur les organes parasympathiques de Zuckerkandl. En collaboration avec M. Bonnamour. (*Soc. de Biol.* 1902).
16. De la gastro-entérostomie, en dehors des sténoses anatomiques du pylore. (Chez Baillère. Th. Lyon, juillet 1902).
17. Deux observations de névrose du pylore (*Gazette des Hôpitaux*, 8 janvier 1903).
18. Un cas d'anastomose artério-veineuse longitudinale pour artérite oblitérante. En collaboration avec M. Gallois. (*Revue de Chir.* 10 février 1903).
19. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. En collaboration avec M. Vignard. (*Bulletin Médical*, 22 avril 1903).
20. Deux cas d'hypertrophie congénitale du membre inférieur. En collaboration avec M. Gayet. (*Revue d'Orthopédie*, 1er janvier 1904).
21. Un cas d'intoxication par le sérum antitétanique. En collaboration avec M. Rivière. (*Gazette des Hôpitaux*, 3 mars 1904).
22. De l'envahissement de la trachée et l'œsophage par le goître cancéreux. En collaboration avec M. Viannay. (*Revue de Chirurgie* 10 mars 1904).
23. Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. En collaboration avec M. Rivière. (*Gazette des Hôpitaux*, 5 avril 1904.
24. De la perforation des ulcères de la petite courbure. En collaboration avec M. Villard. (*Revue de Chirurgie*, 10 mai 1904).
25. Sur quelques cas de kystes spermatiques de l'épididyme. En collaboration avec M. Duroux. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Juillet 1904).
26. Sur un cas de kyste hydatique des muscles ptérygoïdiens. En collaboration avec M. Leriche. (*Archives gén. de méd.*, 1904).
27. Luxation bilatérale de la machoire datant de 4 mois 1/2. Guérison fonctionnelle intégrale par la résection des 2 condyles. En collaboration avec M. Rivière. (*Archives gén. de méd.*, 1904).
28. Contusion herniaire avec perforation intestinale. En collaboration avec M. Rivière. (*Archives gén. de méd.*, 1904).
29. De l'évacuation méthodique de l'intestin dans les occlusions. Recherches expérimentales. En collaboration avec M. Rivière. (*Revue de chirurgie*, 10 août 1905).
30. Cinq observations de tétanos céphalique. En collaboration avec MM. Rivière et Leclerc. (*Province Méd.*, 13 janvier 1906).
31. Deux cas de métastase de cancers gastriques dans le crâne et les méninges. En collaboration avec M. Cavaillon. (*Province Méd.*, 14 avril 1906).
32. Troubles de la contraction des extenseurs de l'avant-bras par allongement absolu ou relatif de ces muscles. (*Province Méd.*, 12 mai 1906).
33. De la gastrostomie dans certaines formes de péritonite — Méthode du professeur Jaboulay. En collaboration avec M. Gauthier. (*Province méd.*, 16 juin 1906),

II. — COMMUNICATIONS AUX SOCIÉTÉS SAVANTES

(Compte rendu dans le *Lyon Médical*.)

34. Pemphigus familial chronique. 1899, I, p. 448.
35. Chancre induré du pouce. 1901, I, p. 212.
36. Epithélioma de la luette. 1901, I, p. 592.
37. Kyste de l'ovaire avec torsion à rechutes du pédicule, simulant des crises appendiculaires. 1901, I, p. 593.
38. Gastroplastie pour estomac en sablier par cicatrice d'ulcère. 1901, I, p. 703.
39. Résection du genou. 1901, II, p. 003.
40. Epithélioma du coude greffé sur une cicatrice de brûlure, 6 mois après un chancre syphilitique ; désarticulation de l'épaule. 1902, II, p. 89.
41. Kyste dermoïde de l'ovaire avec accidents antérieurs de torsion ; extirpation. 1902, II, p. 122.
42. Pièces d'une endartérite oblitérante. 1902, II, p. 152.
43. Péritonite mortelle par suppuration d'un petit kyste dermoïde de l'ovaire sans torsion ni rupture. 1902, II, p. 154.
44. Prostatectomie précoce. 1904, I, p. 25.
45. Ostéome suppuré du sinus maxillaire. 1901, I, p. 113 et 1904, I, p. 63.
46. Hystérectomie pour fibrôme mou fluctuant à évolution rapide. 1904, II, p. 30.
47. Vaginalite proliférante dans l'hydrocèle. 1904, II, p. 31.
48. Valeur diagnostique et palliative de la ponction rachidienne dans les fractures du crane. 1904, II, p. 861.
49. Résection de la petite courbure de l'estomac. 1905, I, p. 97.
50. Epilepsie guérie par la section du sympathique. 1906, I, p. 63.
51. Luxation iliaque au début de la coxalgie. 1906, I, p. 277.
52. Résection de la tubérosité calcanéenne pour pied bot talus paralytique. 1906, I, p. 1115.
53. Cancer du pancréas. 1906, I, p. 1018.
54. Calculs du cholédoque avec angiocholite grave, cholédocotomie ; guérison. 1906, II, p. 12.
55. Quatre cas de néphrectomie ; de l'exclusion du rein. 1906, II, p. 54.
56. Fistule spontanée de la vésicule biliaire calculeuse. 1906, II, p. 383.
57. Hémi-résection de la mâchoire. 1907, I, p. 418.
58. Sarcome ossifiant des méninges amélioré par la trépanation décompressive. 1907, I, p. 517.
59. Invagination iléo-cæcale avec retournement de l'appendice. 1907, avril.
60. Tuberculose ou syphilis rectale avec péritonite suppurée mortelle. 1907, avril.
61. Tumeur du sac lacrymal ayant envahi le sinus maxillaire et le crâne. 1907, avril.
62. Hernie crurale étranglée du diverticule de Meckel. 1907, avril,

III. — COLLABORATION A DES THÈSES OU JOURNAUX

63. Thèse de MOREL, Lyon, 1904-1905. — Variétés anatomiques et pronostic des fractures du calcanéum.
64. BOULFROY (id.) — Hernie des organes génitaux de la femme.
65. BOUVIER (id.) — Ostéomes du maxillaire supérieur.
66. MAUBLANC (id). — Contribution à l'étude des tumeurs du cervelet et de quelques résultats éloignés de leur extirpation,
67. Mlle GORUSCHINE (id.) — Suppuration des kystes dermoïdes de l'ovaire.
68. LOUYRIAC, Lyon, 1905-06. — La sympathicectomie dans les névralgies de la face.
69. HUCHAUD (id.) — Dégénérescence cancroïdale des brûlures.
70. GEVRY (id.)— Dégénérescence maligne de quelques tumeurs du nasopharynx.
71. TRUCHETET (id.) — Amputation sus-calcanéenne de M. JABOULAY.
72. HÉRISSON (id.) — Contribution à l'étude des sarcômes des méninges, surtout des sarcômes perforants (anciens fongus de la dure mère).
73. POISSONNIER (id.)— Gastrostomie évacuatrice de M. JABOULAY dans le traitement de certaines péritonites.

Rédaction de Cliniques de M. JABOULAY.

Rédaction chirurgicale de la *Province Médicale*.

ANALYSE DE QUELQUES TRAVAUX

A propos de la forme céphalique et de la sérothérapie du tétanos

1. — Nous avons publié l'un des tout premiers essais de sérothérapie intracrânienne du tétanos, d'après les expériences de Roux et Borrel. Ce cas d'évolution suraigüe ne parut influencé en aucun sens par l'injection cérébrale de sérum, faite par M. Duchamp.



FIG. 1 *a*. — Au repos, contracture du côté droit (côté blessé).

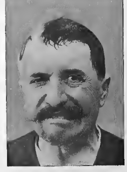


FIG. 1 *b*. — Dans les mouvements commandés, la parésie faciale supérieure et inférieure du côté gauche (côté sain) apparaît.

Nous avons décrit, d'autre part, un cas d'intoxication (éruption généralisée, arthralgies multiples et fièvre) attribuable à une injection sous-cutanée préventive de 20 cc. de sérum, trois jours auparavant. Ces cas, peu fréquents d'ailleurs et toujours bénins, ne sauraient par eux-mêmes constituer une contrindication à la sérothérapie préventive. Seuls, quelques sujets prédisposés et d'autre part indemnes de tétanos paraissent réagir au sérum, vis-à-vis duquel les tétaniques se montrent inintoxicables, aux plus fortes doses.

II. — Parmi cinq cas lyonnais récents (dont 4 inédits) de tétanos céphalique, nous en avons observé un du type ophtalmoplégique terminé par tétanos généralisé mortel et 4 d'allure classique, suivis de guérison. La paralysie n'est point constante ; il existe tantôt de la paralysie, tantôt de la contracture, et ceci soit du côté blessé, soit du côté opposé.

Traitement des ulcérations cancéreuses par les badigeonnages d'acide arsénieux

Dans le service de M. Blanc, nous avons expérimenté, en 1898, la médication de Czerny, en nous arrêtant à la solution aqueuse (moins irritante) à 1 0/0 d'acide arsénieux. Nous en avons obtenu plusieurs guérisons et des résultats à peu près égaux à ceux que nous a donnés plus tard la radiographie, en pareil cas. C'est la méthode de choix des petits épithéliomas multiples de la face, chez les vieillards.

Deux cas d'hypertrophie congénitale du membre inférieur

Ce sont deux cas typiques de cette curieuse malformation que nous avons eu l'occasion d'observer dans les services de MM. Jaboulay et Rochet.

Si le diagnostic de cette affection est aisé, si elle n'a guère de chances d'être confondue avec l'éléphantiasie, le myxœdème, le trophœdème de Meige, etc.; par contre, sa nature anatomique et son pronostic restent deux points obscurs sur lesquels s'est portée surtout notre étude.

I. — Des observations recueillies dans la littérature et des nôtres, il nous paraît résulter que ces hypertrophies régulières (gigantisme

partiel) ou irrégulières (par excès de volume, avec ou sans addition de tumeurs), méritent rarement les noms d'angiome, lymphangiome, névrome ou lipome, qu'on leur a donnés tour à tour. Quant on lit en effet, avec attention, le compte-rendu des examens microscopiques, on voit que, comme chez nos malades, la malformation est, en réalité, plus complexe et porte,à des degrés divers, il est vrai, sur l'ensemble des tissus : graisse, muscles, vaisseaux et nerfs, squelette même. C'est ce que pressent d'ailleurs souvent la clinique qui, parfois, sur le même membre hypertrophié, nous fait reconnaître, ici des cordons pelotonnés névromateux, ailleurs des masses fibro-graisseuses, plus loin les ampoules dépressibles d'un angiome, au centre de tout cela, l'hypertrophie régulière ou non du squelette.

Une telle lésion ne mériterait pas d'autre nom que celui de *conjonctivome* et son origine doit remonter aux cellules conjonctives indifférentes de l'ébauche primitive des membres.

II. — *Cliniquement*, la malformation croit d'ordinaire parallèlement au développement général du porteur ; la difformité n'est donc ni accrue ni atténuée par la croissance. Il arrive pourtant qu'elle prenne un développement tel que des ablations partielles, des amputations même soient indiquées.

Peut-elle dégénérer tôt ou tard ? Nous ne connaissons que trois malades atteints de cette malformation et dont la cause de la mort ait été signalée ; fait curieux, ils sont tous morts de tumeurs malignes : sarcome du crâne, sarcome du cubitus (prof. Gayet), lymphadénome généralisé (prof. Pollosson). Malgré tout, il semble jusqu'à présent que cette simple prédisposition, cet aléa, ne doive pas nous faire départir de l'abstention vis-à-vis de cette lésion, tant qu'elle ne réclame pas d'intervention à titre orthopédique pur.

Spina bifida occulta

Il s'agissait d'un jeune homme, du service de M. Gangolphe, porteur de divers stigmates de dégénérescence, et sur lequel on découvrit, par hasard, un spina bifida absolument latent associé à une hypertrichose lombaire à distribution métamérique et accompagné de troubles trophiques unilatéraux.

Un cas d'anastomose artério-veineuse longitudinale pour artérite oblitérante

Sur un malade de 47 ans, ayant déjà subi une désarticulation de Chopart, puis une amputation de cuisse du côté droit pour artérite oblitérante avec gangrène, et présentant, quelques mois après, des signes non douteux de sphacèle imminent de l'autre jambe, M. Jaboulay tenta d'éviter une seconde amputation en recourant à la veine principale du membre, pour suppléer l'artère oblitérée, d'après le chirurgien espagnol Satrustegui.

Il réalisa, dans ce but, une anastomose artério-veineuse simplement longitudinale (pour ne pas renoncer au segment sous-jacent encore perméable de l'artère) entre les deux vaisseaux fémoraux. Cette tentative réussit parfaitement au point de vue technique pur, puisque la perméabilité de l'anastomose et des premiers centimètres de la veine put être constatée un mois après. Elle fut impuissante pratiquement à enrayer le processus pathologique : il fallut amputer la cuisse un mois plus tard et le malade était emporté, au bout de peu de jours, par une embolie. D'ailleurs, artère et veine étaient oblitérées l'une et l'autre un peu au-dessous de l'anastomose désormais inutile.

Dans quelle mesure celle-ci a-t-elle pu fonctionner pratiquement et quel bénéfice pourrait-on en attendre ?

Trois sortes d'obstacles se dressent à la pénétration du sang par les veines : *a*) les valvules, *b*) les anastomoses veineuses créant des courts circuits de retour, *c*) l'encombrement capillaire par la réduction numérique des voies efférentes.

I. — Si l'on veut trancher *expérimentalement* la question par des injections cadavériques, en se rapprochant des conditions de température et de pression physiologiques, sur des têtes ou des membres inférieurs détachés, on note les faits suivants :

1° L'injection dans la jugulaire ressort immédiatement par de nombreuses veines colatérales ; vient-on à les aveugler une à une, l'injection ne franchit pas davantage les capillaires ou, du moins, ne reparaît pas dans les carotides.

2° Dans la fémorale, toute pénétration à contre-courant au-delà de quelques centimètres, est impossible.

II. — *Cliniquement*, en serait-il de même, et ne pourrait-on pas attendre des veines, dans cet anévrisme artério-veineux thérapeutique, les mêmes phénomènes d'artérialisation observés dans

les cas spontanés ou traumatiques et, finalement, leur adaptation ultérieure à leur nouvel emploi ? Telle est, précisément, l'hypothèse que l'expérimentation seule ne peut controuver, mais que le clinique n'a pas démontrée jusqu'ici.

N. B. — Dans un autre ordre d'idées, on pourrait songer aussi à la prothèse artério-veineuse segmentaire, ou mieux, à l'autoplastie d'une perte de substance artérielle (traumatismes ou anévrysmes) par un segment de la veine adjacente. Cette intervention, déjà tentée pour des anévrysmes, soulève plus de difficultés techniques mais moins d'objections théoriques.

Sur un cas d'enfoncement obstétrical de tout le frontal, avec fracture, guéri par le relèvement sanglant.

Si l'étude obstétricale des enfoncements de la voûte crânienne chez les nouveau-nés, spontanément ou après forceps, dans les dystocies pelviennes, est depuis longtemps classique, on peut dire que leur histoire chirurgicale est toute récente. Le plus souvent, les enfants étaient laissés sans traitement, et l'évolution de la fracture du crâne abandonnée à elle-même (Pinard). Ou bien l'on tentait de la réduire à la façon des ballons de celluloïd cabossés,par des pressions périphériques (Fochier),— manœuvre utile à retenir seulement pour les dépressions légères sans fracture.

Dans ces conditions, beaucoup de nouveau nés succombaient plus ou moins rapidement (Schrœder donne 22 morts immédiates et 10 consécutives sur 65 cas) ; un grand nombre de survivants présentaient ultérieurement des troubles intellectuels ou physiques qui, souvent, en faisaient des infirmes ou des idiots.

Il paraît d'autant plus irrationnel d'avoir, dans ces faits, une conduite différente de celle qui est adoptée dans les enfoncements traumatiques du crâne chez l'adulte, que le relèvement des fragments est particulièrement simple chez le nouveau-né. Il suffit ici par une légère incision de la peau et du crâne, d'insinuer une spatule de préférence par la marge de l'enfoncement la moins abrupte et la plus éloignée des gros sinus ; cette spatule glissant entre la dure-mère et l'os, refoulera peu à peu celui-ci en dehors. La présence d'un épanchement sanguin sous-jacent, à supposer qu'il

fût diagnostiqué, ne serait qu'une raison de plus à l'intervention, à titre de drainage.

Telle fut la conduite de M. Villard, suppléant notre maître, le professeur Aug. Pollosson, dans un cas que nous eûmes en 1902, comme interne de la Maternité, l'occasion de lui soumettre, et qui guérit sans incident.

D'après nos recherches bibliographiques, il n'existait alors que huit cas d'interventions analogues, dont quatre français et qui tous se seraient sans doute terminés par la guérison, sans un érysi-



Fig. 2. — Crâne emprunté à la collection de la Clinique d'accouchements du professeur Fochier et se rapprochant le plus du type de fracture de notre cas.

pèle qui emporta l'un des petits opérés ; depuis, plusieurs cas favorables ont été relatés.

Nous concluerons donc, comme alors, que tout enfoncement obstétrical de la voûte crânienne, un peu large ou profond, doit être opéré, même en dehors de tout signe actuel de compression générale ou locale. Le redressement des fragments qui compriment le cerveau s'impose, parce que : 1o plus de la moitié des enfants succombent, si l'on n'intervient pas : 2o les survivants sont, le plus souvent, des dégénérés intellectuels ou physiques ; 3o l'opération supprime la compression cérébrale et permet de drainer les épanchements intra-crâniens ; 4o cette opération enfin, faite dans de bonnes conditions de propreté, est innocente.

Résultats éloignés de l'intervention dans les tumeurs cérébelleuses

Nous avons pu voir un opéré de M. Jaboulay survivre 4 ans à l'extirpation d'un gliome du cervelet, après avoir recouvré l'ouïe et la vue et guéri de ses vertiges et de sa titubation, et nous avons réuni, à cette occasion, les rares cas de survie lointaine après de telles interventions.

L'opération radicale est encore plus rarement possible et plus grave qu'au cerveau, ainsi qu'en témoignent les statistiques. Elle devra toujours être pratiquée *en deux temps*, c'est-à-dire après simple trépanation préalable, car il y a tout spécialement lieu de redouter, dans ces tumeurs basilaires, les troubles bulbaires par brusque décompression, d'où les accidents notés parfois en pareil cas, après simple ponction rachidienne.

La trépanation exploratrice avec cicatrice à filtration reste une précieuse ressource symptômatique pour les tumeurs inopérables ou récidivées.

Sarcomes des méninges

Ces tumeurs, dont le point de départ habituel paraît être, non la dure-mère, mais bien la pie-mère, peuvent, dans un premier stade, d'ailleurs exceptionnel et probablement transitoire, (sarcomes ossifiants, hémicraniose de Brissaud et Lereboullet), s'accompagner d'une hyperostose paradoxale du crâne que, tôt ou tard, elles érodent et perforent (sarcomes perforants, fongus).

Nous avons observé des exemples de chacune de ces deux formes.

L'extirpation chirurgicale n'est possible que pour des lésions limitées. Mais la ligature atrophiante des deux carotides externes

et de deux vertèbres dans un cas, la trépanation décompressive avec ablation partielle d'une plaque méningée dans un cas ultérieur, valurent aux opérés de M. Jaboulay des améliorations notables et de durée.

Résection des condyles pour luxation ancienne de la mâchoire

Relation d'un fait de luxation datant de 4 mois 1/2, chez une aliénée de 47 ans, avec guérison fonctionnelle intégrale par la résection des deux condyles (M. Bérard). Telle est l'intervention de choix dans l'immense majorité des cas : d'exécution plus facile et d'applicatioo plus générale que la reposition sanglante, elle lui est doublement supérieure dans ses résultats, tant pour le maintien de la *réduction* que pour celui de la *mobilité*.

A ce premier point de vue, elle peut être proposée, en outre, pour des luxatioos réductibles mais récidivantes et pour des prognathismes graves (Jaboulay). Au deroier point de vue, elle se recommande dans la rétraction des mâchoires de cause ostéo-articulaire ou même, parfois, périphérique.

Dégénérescence tardive des fibromes oaso-pharyngiens

Chez un adulte ayant eu, plusieurs années auparavant, tous les signes d'un fibrome naso-pharyngien, nous assistâmes au développement rapide d'une tumeur maligne de l'arrière cavité des fosses nasales qui envahit le crâne et les deux orbites. Parallèlement, évoluait un cancer thyroïdien que l'on dut extirpor io extremis pour désobstruer la trachée. L'évolution clinique et l'histologie se prononcèrent à la fois contre l'hypothèse, vraisemblable a priori, de goître généralisé. Ce cas est un nouvel argument contre la résorption spontanée et la soi-disant bénignité ultérieure des fibromes nasopharyngiens.

Résection du sympathique dans les névralgies faciales

On connaît assez la téoacité des névralgies graves de la face, contre lesquelles échoue souvent la chirurgie après la médecine. Les récidives fréquentes des diverses névrotomies périphériques

et la gravité des interventions intra-crâniennes (qui, malgré tout, ne donnent pas des guérisons constantes), suggérèrent, en 1898, à M. Jaboulay, l'idée de s'adresser, en pareil cas, au sympathique cervical.

Les raisons théoriques de cette intervention sont : *anatomiques* (richesse du trijumeau en filets sympathiques), *physiologiques* (troubles vaso-moteurs et sécrétoires plus fréquents et plus accusés dans la névralgie faciale que dans toute autre névralgie) et, enfin, *expérimentales* (atrophie des noyaux d'origine de la Ve paire, après sympathicectomie).

Cette opération a été pratiquée 27 fois dans ce but, jusqu'en 1905 et, pour ne parler ici que des résultats très éloignés, sur 10 malades revus dans un délai de 1 an 1/2 à 6 ans 1/2 après l'opération, nous trouvons 4 guérisons persistantes, 4 améliorations et 2 récidives, — résultats comparables aux plus belles statistiques des autres méthodes.

On recourra surtout à la résection du sympathique, dans les cas de névralgie diffuse, avec ou sans névrotomies phériphériques associées, ou, secondairement, après récidives, avant d'entreprendre une intervention comme la résection du ganglion de Gasser.

Après l'échec de la sympathicectomie dans l'épilepsie vraie et ses demi-succès dans le goître exophtalmique, il convient de signaler, à son actif, la névralgie faciale qui constitue, à l'heure actuelle, d'après Chipault, l'une des applications les plus intéressantes de la chirurgie du sympathique.

Envahissement de la trachée et de l'œsophage par le goitre cancéreux

Si la compression des conduits aérien et alimentaire par les goitres, spécialement par les goitres dégénérés, est aujourd'hui un fait banal, l'envahissement pariétal pouvant aboutir à la perforation est d'observation exceptionnelle. Nous avons fait une étude anatomo-clinique de cette complication, à propos d'un cas vraiment obscur cliniquement de cancer thyroïdien rompu et en partie évacué dans la trachée.

Un cas de kystes gazeux de l'intestin et du péritoine

Nous avons publié, avec notre maître, M. Vallas, un cas de cette étrange affection décrite, dès 1754, par Duvernoy, dans le traité des « Maladies venteuses », de Combalusier, et qui, se développant dans les tuniques de l'estomac, de la vessie ou, plus souvent, du vagin et de l'intestin, aboutit à des amoncellements de kystes parfaitement clos, à contenu gazeux inodore, rappelant l'aspect du nid d'abeilles ou de la môle hydatiforme.
On ignore la cause de cette lésion, probablement parasitaire, et qui est banale chez le porc. Cliniquement, elle a toujours évolué sur l'intestin de même façon: longue période latente de troubles digestifs vagues avec ballonnement, mort par occlusion, découverte de la tumeur à l'autopsie. Ainsi en fut-il dans notre cas, terminé par une péritonite suppurée sans perforation.

De la Gastrostomie évacuatrice dans certaines formes de péritonite

Qu'il s'agisse de dilatations aiguës post-opératoires de l'estomac, d'occlusions ou de péritonites sus-hépatiques ou même diffuses, on voit parfois la paralysie stomacale primer celle de l'intestin, avec ses conséquences propres qui attirèrent, depuis longtemps, l'attention de M. Jaboulay et lui suggérèrent l'idée de pratiquer, en pareille occurence, la gastrostomie évacuatrice à la façon d'une entérostomie. On ne saurait, en effet, compter, pour l'évacuation complète et continue de l'estomac, ni sur les vomissements spontanés, ni sur l'emploi, si déprimant lorsqu'il est réitéré, de la sonde œsophagienne.
Trois malades atteints, l'un d'appendicite diffuse, l'autre d'occlusion par tuberculose, le dernier de péritonite post-opératoire, et dont nous avons rapporté l'observation, furent opérés ainsi dans des conditions désespérées. Or, tous furent très sensiblement améliorés par cette intervention simple, exécutée en quelques minutes sous anesthésie locale, et deux d'entre eux guérirent.
Deux symptômes principaux traduisent la distension de l'estomac: les vomissements et le ballonnement épigastrique.
Les simples régurgitations réflexes bilieuses et inodores du début changent, d'ordinaire, de caractère à cette période; sans diminuer de fréquence, elles augmentent en quantité. On sait que

ces vomissements de rétention peuvent atteindre, parfois, plusieurs litres en vingt quatre heures. Fait important, ils n'arrivent guère, malgré leur abondance, à évacuer, même temporairement, l'estomac, qui ne tarderait pas, d'ailleurs, à se remplir à nouveau

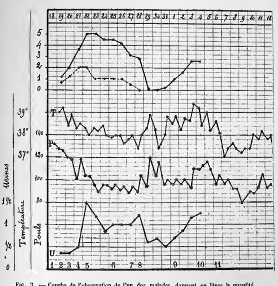


FIG. 3. — Courbe de l'observation de l'un des malades, donnant en litres la quantité des liquides introduits (trait plein) et écoulés (pointillé) par la fistule gastrique, en 24 heures.

1 Entrée du malade au 8e jour. Drainage iliaque droit.
2 Drainage rectal. Gastrostomie évacuatrice.
3 Fistule cæcale spontanée.
4 Changement de couleur des vomissements (jaunes au lieu de verts).
5 Cessation des nausées et des vomissements.
6 Gaz et selles spontanés par l'anus physiologique.
7 Disparition de la bile dans le liquide de la fistule.
8 Fermeture de la gastrostomie.
9 Selle abondante par l'anus physiologique.
10 Evacuation d'un abcès iliaque externe.
11 Occlusion spontanée de la fistule stercorale du cæcum.

par l'intestin, et le sondage, pratiqué de suite après un vomissement, retire, d'ordinaire, une notable quantité de liquide. On a comparé, depuis longtemps, à ce point de vue, la paralysie septique primitive de l'estomac à la paralysie qui, à la vessie, s'installe secondairement aux vieilles rétentions, en créant le mot de « vomissement par regorgement ». Le réservoir paralysé se vide, à chaque reprise, de son trop-plein et reste dilaté.

Le ballonnement épigastrique en est la preuve. Mais ce ballonnement, si caractéristique lorsqu'il est isolé, est parfois submergé par celui de tout l'abdomen et le départ de ce qui revient à l'estomac peut être malaisé.

Nous voulons, surtout, insister ici sur la physiologie pathologique et les complications propres de cette réplétion gastrique dans les péritonites.

1. *Danger des vomissements.* — On sait par quels inconvénients les vomissements compensent, dans la péritonite, l'avantage précaire d'une évacuation tardive et incomplète des liquides infectieux contenus dans le tube digestif. Ils brassent, à chaque reprise, malgré la glace et l'opium, la masse intestinale et contribuent puissamment, fait insuffisamment mis en relief, à la diffusion de la péritonite. Par là s'expliquent surtout les douleurs atroces que l'on sait et qui, pour elles seules, justifieraient l'intervention. Il est non moins notoire que le vomissement, déjà déprimant à l'état normal, l'est bien plus encore ici par sa répétition et les douleurs qu'il réveille ; il contribue puissamment à augmenter l'état de shock et le collapsus du malade.

2. *Compression des viscères voisins surtout du cœur et du poumon.* — Malgré les vomissements, on sait quel énorme volume peut acquérir l'estomac dans les péritonites. Grâce à la paralysie de ses tuniques, il atteint, en peu de jours ou d'heures, des dimensions voisines de celles des grandes dilatations chroniques, et peut parfois arriver à une capacité de plusieurs litres. Mais sa forme n'est pas la même dans les deux cas.

Dans la dilatation aiguë, en effet, il se développe sur place et surtout aux dépens de la grosse tubérosité, sans ptose ni dislocation. C'est aussi la forme que l'on obtient expérimentalement par l'insufflation brutale de l'organe. C'est pourquoi le ballonnement (si l'estomac est seul dilaté) reste franchement épigastrique dans la dilatation aiguë, et pourquoi les viscères thoraciques en sont les premiers gênés dans leur fonctionnement. D'autant qu'il s'y

ajoute, d'ordinaire, le refoulement en haut de l'estomac par le ballonnement concomitant de l'intestin.

Cette compression thoracique est beaucoup plus accusée, lorsque, au ballonnement général de l'intestin s'ajoute encore le ballonnement local de l'estomac. Reynier n'a-t-il pas obtenu constamment par distension gastrique après ligature, un abaissement considérable de la tension artérielle des animaux en expérience?

Mais les viscères thoraciques ne sont pas seuls à subir les effets de la dilatation aiguë de l'estomac. Celui-ci retentit à son tour sur l'intestin, notamment sur le côlon. Pris entre deux coussins tendus, l'un gastrique, l'autre intestinal, le côlon transverse, refoulé en avant, voit encore sa circulation entravée par l'étirement et l'aplatissement de son méso.

3. *Intoxication et inanition.*— Enfin, l'estomac représente un vaste foyer de résorption septique.

Il équivaut peut-être, à ce point de vue, à près d'un mètre supplémentaire d'intestin qui vient, au prorata de son contenu, de sa surface et de sa puissance propre de résorption, augmenter encore la septicémie. Ce foyer d'infection disparaît par une simple gastrostomie, d'autant que la vacuité gastrique fait, par elle-même, aspiration sur les premiers segments de l'intestin, de proche en proche.

Enlevé à l'infection et, du même coup, rendu à son rôle physiologique, l'estomac redevient, de plus, utilisable pour l'alimentation. Pendant les journées angoissantes de lutte contre la péritonite, le malade est réduit à l'absorption du sérum artificiel, qu'il refuse parfois, par voie sous-cutanée. Non seulement du sérum, mais du lait même, peut être assez rapidement injecté et absorbé dans l'estomac lavé et drainé.

Ces considérations théoriques semblent d'ores et déjà confirmées par les faits que nous rapportons. La fistule gastrique est fermée au bout de quelques jours, lorsque ses sécrétions diminuent et se modifient (disparition de labile annonçant le retour de la bonne circulation gastro-intestinale) et que l'état général s'est relevé.

Applications de la gastro-entérostomie en dehors des sténoses anatomiques du pylore

Frappé par la bénignité, nous pourrions dire (en dehors des affections malignes) par la presqu'innocuité de la gastro-entéro-

anastomose, surtout pratiquée avec le bouton sans sutures de M. Jaboulay, nous avons consacré notre thèse à l'étude de cette intervention, spécialement de ses indications et résultats en dehors de son terrain propre : la sténose pylorique. Nous avons pu ainsi réunir, dans ce but, en 1902, plus de 300 cas de cet ordre, se répartissant ainsi : 100 cancers et 94 ulcères non sténosants ; 42 dypepsies graves diverses ; 34 hémorragies gastriques ; 28 estomacs biloculaires ; quelques cas de perforation, d'adhérences, ou de troubles névropathiques.



Fig. 4. — Bouton pour anastomoses latérales de M. Jaboulay, tenant en place sans sutures.
a branche mâle. — *b* branche femelle. — *c* branches articulées.

Nous ne développerons ici que nos conclusions relatives aux indications cliniques de la gastro-entérostomie dans ces diverses affections, nous bornant à rappeler brièvement les notions générales sur le pronostic immédiat et ultérieur de l'intervention que nous discutions dans un premier chapitre.

Du pronostic immédiat l'on peut dire aujourd'hui qu'il dépend presque exclusivement de l'affection causale pour laquelle on intervient; bénin hors du cancer, il reste encore sérieux chez les cancéreux cachectiques, qui ne relèvent plus de la gastrectomie. C'est pour ces malades que M. Jaboulay emploie son bouton anastomotique dont les branches se vissent, pour ainsi dire, à travers une étroite fente, dans l'estomac ou l'intestin, tenant ainsi sans suture. Qu'il s'agisse d'une anastomose simple ou après résection, on gagne ainsi beaucoup en durée et en bénignité sur les anastomoses à la suture.

Quant au pronostic éloigné et au fonctionnement ultérieur du tube digestif après gastro-entérostomie pour affections bénignes, ce sont là notions actuellement classiques. Nous n'insisterons donc pas sur les modifications du chimisme gastrique et l'état habituellement normal des fonctions digestives ; tout ceci a été étudié longuement dans une série de publications.

Deux points sont plus intéressants et plus contestés : l'ulcère

peptique du jéjunum et la durée de perméabilité de la bouche artificielle.

Or, la première complication paraît bien avoir été quelque peu grossie: il n'en existe, croyons-nous, qu'une quinzaine d'observations.

Quant à l'occlusion ultérieure de la bouche gastro-intestinale, c'est un fait exact et même assez fréquent, en dehors des sténoses pyloriques. Kelling a bien montré, en effet, que lorsque le pylore est ou redevient perméable, la fistule artificielle, semblable à tant d'autres fistules de l'organisme, s'oblitère peu à peu.

La durée de perméabilité d'une gastro-entérostomie est donc bien plus fonction de l'état du pylore normal que des dimensions premières données à la bouche anastomotique ou du procédé employé: suture ou bouton.

Nous voyons ainsi que le plus souvent les anastomoses établies en dehors des sténoses pyloriques ne sont pas appelées à être définitives; mais le drainage et la mise au repos temporaire de l'estomac ainsi obtenus, n'en sont pas moins utiles à bien des lésions gastriques que nous allons maintenant passer en revue, étudiant successivement : 1° les dyspepsies graves; 2° les hémorragies et perforations gastriques; 3° les ulcères et cancers non sténosants; 4° quelques affections diverses.

I. Séduits par quelques succès, des chirurgiens en sont venus à proposer la gastro-entérostomie pour les *dyspepsies graves* les plus diverses. Il y a là une exagération regrettable et cette intervention est loin d'être la panacée chirurgicale que l'on rêvait, la cure de repos idéale.

Seules, les dyspepsies hypersthéniques paraissent actuellement devoir en bénéficier : hyperchlorhydrie simple ou maladie de Reichmann, lorsque, rebelles depuis longtemps au traitement médical le mieux suivi, elles s'accompagnent de douleurs intenses et du syndrome pylorique. On sait quelle est, pour nombre de cliniciens, la fréquence de la transformation des hyperchlohydries et hypersécrétions graves en ulcères, et bien des chirurgiens ont trouvé effectivement des exulcérations péripyloriques, en pareille occurence. Si les guérisons ont été nombreuses dans ces cas, les dyspepsies nerveuses et hyposthéniques n'ont presque jamais, en revanche, bénéficié de l'intervention, et restent exclusivement tributaires du traitement médical.

II. — Parmi les *hémorragies* gastriques, seules les *hématémèses chroniques rebelles de l'ulcère rond*, en particulier, relè-

vent de la gastro-entérostomie, dont elles constituent une indication assez nette, à laquelle on a recouru 27 fois avec un succès habituel, tandis que cette intervention est plus qu'aléatoire pour les hémorragies aiguës récentes. Ces derniers cas fournissent des indications opératoires, assez rares en pratique, il est vrai, mais c'est alors d'hémostase locale qu'il doit être question. Quant aux *perforations* gastriques, on a pu proposer la gastro-entérostomie comme moyen d'aveuglement d'une perforation basse, abouchée dans l'intestin ; on l'a employée quelquefois comme temps complémentaire de la suture d'une perforation haute, pour drainer l'estomac à distance de la ligne de sutures.

III. — Nous arrivons au point le plus discuté, l'action, tour à tour trop décriée et trop vantée, de la gastro-entérostomie sur l'*ulcère rond non sténosant en activité*.

Convient-il de l'opposer en rivale à la résection ? Ni l'une ni l'autre ne peut prétendre au titre d'opération radicale.

L'anastomose possède une action, malgré tout, incertaine, indirecte et lente sur l'évolution de l'ulcère. Si, parmi les 119 cas opérés avec une mortalité de 50 0/0, on a obtenu généralement d'excellents résultats immédiats, les suites lointaines sont moins connues. Sept malades seulement ont pu être suivis au-delà d'un an. Par contre, deux opérés sont morts ultérieurement, l'un d'hématémèses, l'autre de dégénérescence cancéreuse ; et nous avons observé, depuis, deux nouveaux malades que l'on dut réséquer après échec de la gastro-entérostomie.

Mais la résection elle-même peut-elle mériter le nom de cure radicale dans toute l'acception du terme ? Parfois, en effet, de petits ulcères péripyloriques au début, malgré les symptômes graves qui ont conduit à l'intervention, peuvent se trahir par un minimum de lésions extérieures. On peut être exposé, dans ces conditions, soit à les méconnaître, soit à les réséquer incomplètement, soit à en laisser un second. C'est ainsi qu'après une belle série de onze guérisons par résection d'ulcères, nous avons vu, dans le service de M. Jaboulay, mourir un 12e réséqué par hémorragie foudroyante d'un second ulcère, vérifié à l'autopsie.

Par contre, nous voyons à l'opposé bien des ulcères calleux anciens avec périgastrite étendue, surtout à la petite courbure, défier toute tentative d'excision par l'étendue des adhérences qui les soudent à la paroi ou aux organes voisins, la friabilité des parois stomacales, et l'importance de la résection nécessaire.

On a même fait, à cette intervention, une objection de principe

et d'ordre plus général; on lui a reproché de ne s'adresser qu'à la lésion locale et non au trouble de sécrétion primitif, cause effective de l'ulcère réséqué et cause éventuelle de nouveaux ulcères. La gastro-entérostomie serait, à ce point de vue, une opération plus pathogénique que la résection ! On ne saurait souscrire à cette objection théorique, que les faits ne sont pas venus confirmer.

Lorsqu'un ulcère conduit à intervenir pour des accidents aigus, l'opération de choix est, sans contredit, la résection ; le meilleur moyen de couper court aux douleurs, aux hémorragies, aux menaces de perforation, c'est assurément d'extirper la lésion locale et, dans les cas moyens et limités, une telle intervention devient aujourd'hui de plus en plus bénigne.

Mais nous avons assez dit que bien des ulcères par excès ou par défaut contrindiquaient la résection. Pour eux, et en dehors des accidents aigus, l'on s'adressera à la gastro-entérostomie.

Tout indirecte que soit cette intervention, on lui doit nombre de guérisons par le repos, le drainage et l'amélioration des sécrétions de l'estomac qu'elle détermine. Elle ne sera pas seulement le pis aller des cas inopérables ; employée comme complément de la résection, elle donnera des guérison plus rapides et plus sûres. C'est cette intervention combinée que nous pouvons, à l'heure actuelle, considérer, avec M. Jaboulay et son élève Rivière, (th. de Lyon, 1905), comme le traitement de choix de l'ulcère gastrique. Telle est aussi la conduite actuelle de Mayo Robson, qui ne pratique l'excision de l'ulcère que lorsque celui-ci saigne continuellement, est induré (suspect de dégénérescence), et nettement circonscrit ; il conseille alors d'associer l'anastomose à la résection.

Le cancer inopérable lui-même bénéficierait, en dehors de toute sténose, de la gastro-entérostomie ; de nombreuses statistiques allemandes lui donnent de ce fait une prolongation de trois mois. On peut donc recourir à l'anastomose pour une tumeur même non orificielle que la laparotomie montre inextirpable ; c'est une intervention logique, mais peu séduisante.

IV. — Quelques mots, en finissant, d'affections gastriques diverses, justiciables de la même intervention.

a) Dans l'*estomac biloculaire*, c'est là l'opération de choix, lorsque l'étendue et la solidité des adhérences, l'atrophie de la poche pylorique rendent difficiles la gastroplastie ou gastro gastrostomie, lorsqu'il existe de la sténose pylorique concomitante,

lorsque l'ulcère causal est encore en activité. Dans les 28 cas ainsi opérés, on a toujours obtenu des succès, lorsque l'anastomose a été établie sur la poche cardiaque et que le drainage de la poche pylorique n'a pas été négligé.

b) Les observations de gastro-entérostomie pour adhérences sont moins nombreuses, mais assez concluantes, dans le cas où leur libération n'est pas de mise. Celle-ci, en effet, quand elle n'est pas une simple section de brides, mais une dénudation un peu étendue et non péritonisable de l'estomac, devient une intervention dangereuse, incomplète et fréquemment suivie de récidive.

c) Dans les dilatations simples, d'ailleurs rarement chirurgicales, la conduite opératoire reste mal fixée. Gastro-plicature, gastropexie et gastro-entérostomie ont été souvent associées, simultanément ou successivement, car les récidives sont fréquentes.

d) On a été enfin jusqu'à traiter des troubles névropathique de l'estomac (quelques cas de vomissements incoercibles notamment) par la gastro-entérostomie et plusieurs fois avec succès.

Deux observations de névrose du pylore

Ces deux faits de M. Jaboulay sont intéressants par les constatations opératoires qui furent faites. Dans un cas de vomissements nerveux incoercibles, on saisit sur le vif des contractions en ondes antipéristaltiques régulières. Dans l'autre, relatif à une ancienne hyperchlorhydrie, on vit se fondre sous l'œil et le doigt du chirurgien, sous l'influence de l'anesthésie, un spasme permanent du pylore qui donnait lieu cliniquement à la perception d'une tumeur fantôme.

De la perforation des ulcères de la petite courbure

Nous avons eu l'occasion d'observer deux ulcères perforés de la petite courbure. Vu l'étendue et la profondeur de la lésion qui empêchaient toute résection ou suture directe, M. Villard dut se contenter d'un simple cloisonnement horizontal à la gaze, suivant le plan du mésocolon transverse pour isoler ainsi l'estomac du

reste de la cavité abdominale. Ce procédé de fortune réussit à sauver l'un des deux malades dont l'histoire a été rapportée par notre ami Gauthier.

Les difficultés du traitement direct de ces perforations hautes nous suggéra l'idée d'une étude d'ensemble de la question. Nous pûmes ainsi réunir sur plus de 300 cas d'interventions alors publiées pour perforation d'ulcères, 117 cas se rapportant à cette région.

Les perforations gastriques par ulcus s'observeraient donc dans un tiers seulement des cas à la petite courbure, quoique la majorité des ulcères se groupent dans cet étroit espace. Sa situation élevé, sa fixité et surtout l'existence fréquente d'adhérences limitent souvent en effet l'infection péritonéale qui se juge par un abcés périgastrique; elles lui impriment parfois quand elle vient à se produire, des caractères régionaux propres.

Cliniquement en effet, dans ces perforations, on note le plus souvent la persistance des vomissements, qui manquent d'ordinaire dans les perforations basses; d'autre part, le début des accidents est le plus souvent subaigu ou s'annonce par des poussées successives.

Ce dernier caractère conduit à se demander s'il n'y a pas lieu d'intervenir préventivement, dans le cas où une plaque de périgastrite à développement rapide s'accompagne de quelques signes de réaction péritonéale. L'intervention comporterait un cloisonnement à la gaze au-dessous de la zone suspecte, associé à la gastro-entérostomie — toutes les fois que l'excision de l'ulcère ne ne serait pas possible.

La perforation constituée, la laparotomie sera faite aussi précoce que possible et consistera essentiellement dans la suture directe ou mieux l'excision suivie de suture, habituellement réalisable, même à la petite courbure, malgré le siège profond de l'ulcère.

Deux causes peuvent néanmoins la contre-indiquer : les adhérences périphériques. et l'étendue ou la friabilité des bords de la perforation. Les *adhérences* qu'il faut toujours respecter, rendraient parfois difficile et dangereuse la recherche de la perforation; on saura donc, dans quelques cas, s'en abstenir et se contenter d'un cloisonnement protecteur.

Mais, s'agit-il, d'une perforation libre, avec peu ou pas d'adhérences, la suture peut en être encore gênée par *l'étendue ou la friabilité* de la zone maginale de la perforation et l'impossibilité d'une résection suffisamment large. On recourra alors à l'un des

procédés d'oblitération médiate, tels que sutures à distance, sutures à la peau, fixation de l'épiploon, que l'on combinera souvent entre eux et avec le cloisonnement.

A propos de la cholédocotomie

En rapportant quelques cas de cholédocotomie de M. Jaboulay, nous insistions sur quelques points de technique, la plupart classiques d'ailleurs.

a) Le coussin dorsal qui mettant le foie en saillie et en antéversion, présente à l'opérateur la région du hile.

b) La réclinaison du petit épiploon par le doigt d'un aide qui dispense presque toujours des incisions de décollement duodénal pour l'accès sur le cholédoque.

c) Le cloisonnement à la gaze sans drainage direct ni suture des canaux.

d) La cure alimentaire ultérieure de M. Jaboulay, c'est-à-dire la fragmentation des repas pour solliciter l'évacuation intestinale de la bile et réduire ainsi la durée de la fistule consécutive.

Hernie crurale étranglée du diverticule de Meckel

Dans ce cas, on notait cliniquement, avec une hernie relativement volumineuse, les symptômes fonctionnels d'un pincement latéral. Le diagnostic opératoire fut établi de suite par la constatation d'une anse grêle sans méso ; le cul-de-sac diverticulaire replié et adhérent au collet herniaire n'apparaissait pas tout d'abord.

Contusion herniaire avec perforation intestinale

Si l'on en excepte les lésions causées jadis par le taxis forcé, ces cas sont rares, malgré la multiplicité des causes prédisposantes qui viennent à l'esprit. Un voiturier prétend avoir été pris en écharpe par sa charette, mais ses bourses ne portent pas d'ecchymoses ; pas de symptômes immédiats. Deux ou trois jours après, signes

fonctionnele d'étranglement herniaire en désaoord aveo les signes locaux révélant une hernie grosse et douloureuse, mais sans tension et qui, de fait, se réduit spontanément au début de l'anesthésie pratiquée pour kélotomie. Alors seulement, apparition de symptomes péritonitiques du côté de la grande cavité jusque là indemne. Tout s'explique dès lors; mais une herniolaparotomie avec drainage vagino-péritonéal et fixation de la perforation à la peau, 24 heures après la réduction de l'anse lésée, est impuissante à sauver le malade.

Occlusion intestinale

Divers cas et, en particulier, de l'obstruction intestinale post-typhique.

Il nous a été donné d'observer et de relater quelques faits plus ou moins rares d'occlusion intestinale.

1° Un cas d'occlusion par le diverticule de Meckel.

2° Deux cas d'invagination chronique iléo-cœcale pris pour des tumeurs,et remarquables : — l'un,cliniquement,par les variations de siège et de volume de la tumeur que l'on notait à l'observation d'un jour à l'autre; — l'autre, anatomiquement, par le retournement, l'invagination de l'appendice lui-même, face séreuse en dedans.

3° Un cas enfin *d'obstruction post typhique* sur lequel nous nous étendrons un peu plus longuement, vu sa grande rareté.

On peut observer, après la dothiénontérie, des occlusions tardives ou précoces. *Tardive*, l'occlusion typhique relève d'une sténose intrinsèque ou plus souvent extrinsèque de l'intestin par péritonite adhésive, comme dans les deux cas récents de MM. Bérard et Delore, où l'on dut pratiquer la libération des adhérences, avec entéro-anastomose dans l'un deux; en effet l'ulcération passagère et longitudinale de la dothiénentérie n'est pas sténosante par elle-même, et il n'existe guère d'observation probante de rétrécissement pariétal de cette nature.

Précoce, l'occlusion typhique est plus rare encore. On a bien publié quelques cas d'invagination, pièces d'autopsie sans histoire clinique, mais notre observation reste unique, croyons-nous. Chez un typhique de 25 ans, n'ayant pas eu de selle spontanée depuis le début de la maladie, apparurent subitement, au 44e jour (8e d'apyrexie) de vives douleurs abdominales qui firent

songer d'abord à une perforation. L'évolution, dès lors subaiguë, ne conduisit au traitement chirurgical qu'au 13e jour, après échec de toute thérapeutique et sous la menace d'accidents graves. Epanchement séro-hématique. Anses grêles distendues. Entérostomie sur la plus déclive d'entre elles, sans recherche possible de l'obstacle. Reprise spontanée du cours des matières dès le 5e jour, contre toute attente; dès lors persistance d'une simple fistule latérale, fermée chirurgicalement 10 mois plus tard. Cet obstacle dynamique régressible par la seule décompression intestinale, que fut-il? Coprostase avec œdème muqueux ou coudure; spasme ou paralysie de l'intestin?

Recherches expérimentales sur l'évacuation méthodique de l'intestin dans les occlusions

Convaincu, par ces faits et par bien d'autres, des bienfaits de l'entérostomie dans les occlusions aiguës, nous rêvâmes jadis de ne jamais terminer, en pareil cas, une intervention curative ou palliative en laissant dans l'abdomen l'intestin dilaté.

Nous entreprîmes, dans ce but, des recherches, qui n'ont encore, dans notre esprit, qu'un intérêt expérimental, sur l'évacuation systématique de l'intestin par cathétérisme aspirateur ou laminage à l'aide d'une pince avec mors à rouleaux. En même temps que nous, Lennander (d'Upsal) donnait, dans le *Centralblatt*, la description d'une pince analogue pour « traire l'intestin dans les péritonites »! Même dans les occlusions aiguës mécaniques sans inflammation de la séreuse (les seules que nous ayons en vue), ces manipulations logiques risquent d'être excessives.

Nous nous contenterons plus volontiers d'installer en permanence, du début à la fin de l'intervention, une tubulure étanche sur une anse dilatée, conduisant les matières hors du champ et du lit opératoires, par un embout d'aluminium et un tube de caoutchouc. Un aide assurant la coprostase sur une anse intestinale, on faufile rapidement une ligature en bourse, au centre de laquelle est pratiquée une incision longitudinale d'un centimètre 1/2. Par cet orifice l'on visse doucement dans l'intestin l'embout d'évacuation qui, grâce à sa fente en pas de vis, s'insinue peu à peu dans la boutonnière distendue et finalement chargée sur le col de l'instrument. Il ne reste plus, dès lors, qu'à serrer d'un nœud et d'une boucle la ligature en bourse et à lâcher les

écluses. Tout ceci ne demande pas plus de temps qu'il n'en faut pour la description.

Cette petite complication présente sur l'entérotomie simple le premier avantage de l'asepsie et de la protection du champ opératoire. Sans temps perdu ni chances d'infection, on laisse d'autre part l'intestin, exprimé ou non, électrisé ou non, se vider à son gré par défécations successives, au fur et à mesure que se découdent les anses voisines, au cours des manœuvres nécessitées par la recherche et le traitement de l'obstacle; il est, en effet, de notion banale que l'évacuation intestinale après ponction n'est que segmentaire, et l'on a souvent à regretter d'en avoir obturé trop tôt l'orifice.

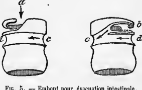


Fig. 5. — Embout pour évacuation intestinale.

Enfin l'opération terminée nous revenons à notre fistule; la coprostase est reprise par un aide, la ligature dénouée, l'embout dévissé. Cette même ligature en bourse nous servira à terminer, suivant le cas, par fermeture de la brèche créée, anastomose intestinale ou fistulisation à la peau. Dans le premier cas, la ligature serrée à fond est enfouie sous un plan de sutures séro-séreuses. Dans le deuxième cas, elle est nouée autour d'une branche d'un bouton anastomotique. Dans le troisième cas enfin, elle étrangle une sonde molle introduite dans l'intestin; un rang de points séro-séreux fixe tout autour l'anse intestinale à la paroi; nous avons ainsi le dispositif des tubes de Paul et Mixter, et, avec cette valvule à la Fontan, sans sutures muco-cutanés, toutes les chances d'obtenir une fistule temporaire.

Il n'y a plus lieu d'insister aujourd'hui sur les avantages multiples de l'évacuation intestinale dans les occlusions aiguës; nous les schématiserons ainsi :

1° Simplifier les manœuvres opératoires pendant la recherche de l'obstacle (Madelung), ou la réintégration des anses éviscérées

(Bœckel) et, partant, réduire le choc inhérent à ces manipulations;

2° Désintoxiquer le malade;

3° Ressusciter la contractilité intestinale vaincue par la distension mécanique et l'inhibition septique combinées.

Nous ne prétendons évidemment pas avoir tranché un tel problème ; nous voudrions simplement avoir travaillé à la généralisation et au perfectionnement de l'entérotomie, qui, même lorsqu'on peut supprimer la cause de l'occlusion, reste une si précieuse ressource symptomatique.

Les hématuries essentielles du rein

Dans un travail fait en 1898, sous l'inspiration de M. Rochet, nous avons étudié ces hématuries, souvent graves par leur abondance et leur ténacité, auxquelles on a donné le qualificatif d'essentielles, parce qu'elles ne relèvent, en apparence, d'aucune cause locale ni générale connue.

En dépouillant ces cas, on trouve parfois l'influence de la diathèse hémophilique ou du système nerveux. Plus souvent encore, l'examen histologique montre des lésions de néphrite chronique et l'hématurie apparaît comme un *prodrome lointain du brightisme* comparable aux hématémèses prodromiques des cirrhoses. Le terme d'hématuries essentielles n'en mérite pas moins d'être conservé, mais au point de vue clinique seulement.

Même bilatérales dans leur cause, elles n'en sont pas moins, en fait, habituellement *unilatérales*, et la cystoscopie permet alors, dans la plupart des cas, de les localiser à l'un ou l'autre des deux reins.

Ces hématuries, par leur gravité et leur résistance au traitement médical, relèvent parfois de la chirurgie ; la *néphrotomie*, guidée par les signes physiques ou la cystoscopie, en constitue alors le traitement rationnel et presque toujours radical, ce qui montre bien (soit dit en passant) la nature purement *congestive* probable de ces hémorragies.

Quant à la *néphrectomie* (à moins que l'on ne soit en mesure, par l'examen macroscopique du rein vivant, de porter un diagnostic ferme de cancer ou de tuberculose, par exemple, que l'on

n'aurait pu affirmer cliniquement jusqu'alors), elle est contrindiquée pour plusieure raisons :

a) Elle est infiniment plus grave et pas plus efficace contre l'hémorragie ;

b) Les lésions du rein sont souvent bilatérales, malgré l'unilatéralité de l'hématurie.

c) Enfin, l'appréciation de la nature de la lésion sur le vivant est souvent difficile et a conduit, dans bien des cas, à des méprises regrettables.

A propos de quelques cas de néphrectomie : de l'exclusion du rein

A propos de la présentation de divers cas de néphrectomie pour tuberculose, nous sommes revenus sur l'opération nommée, par M. Jaboulay, exclusion du rein, c'est-à-dire la ligature de l'uretère.

La ligature sans néphrotomie (exclusion fermée) déterminerait expérimentalement une lente atrophie du parenchyme rénal, mais, au risque d'accidents infectieux lointainement comparables à ceux de l'exclusion annulaire de l'intestin ; l'intervention est donc à proscrire.

Par contre, la *ligature associée à la néphrotomie* (*exclusion ouverte*) présente, sans complication opératoire spéciale, le double avantage suivant :

1° Au point de vue thérapeutique, elle préserve du rein malade la vessie et le rein normal;

2° Au point de vue diagnostique, elle réalise à peu de frais une séparation d'urines idéale et indéfiniment prolongée. Dans les cas de séparation ou cathétérisme uretéral impossibles par intolérance ou opacité extrêmes de la vessie, elle autorise, à défaut d'une néphrectomie primitive, une néphrectomie secondaire précoce qui en présente tous les avantages.

Kystes spermatiques de l'épididyme

Nous avons été frappés de la fréquence des hydrocèles à spermatozoïdes déjà signalées par Gosselin et bien étudiées par Bar-

Jon et Cade (50 % des hydrocèles essentielles). L'explication commune est la rupture d'un débri embryonnaire ou d'un petit kyste spermatique dans la vaginale. Or, l'étude de divers types de transition nous fait admettre qu'un certain nombre de ces hydrocèles à spermatozoïdes ne sont, en réalité, que des kystes spermatiques non rompus, s'étant peu à peu coiffés de la vaginale à la façon des hernies à double sac.

Môle hydatiforme avec vomissements graves

Dans le service de notre maître, le professeur Aug. Pollosson, nous avons observé deux cas de grossesse môlaire compliqués de vomissements incoercibles.

L'un d'eux se traduisit cliniquement par des hémorragies à répétition et des vomissements si graves que l'on discutait de ce chef l'interruption thérapeutique de la grossesse, lorsqu'ils disparurent brusquement, vers le 4e mois, en même temps que l'utérus cessa de s'accroître et que rétrocédèrent les signes de gravidité. Peu de temps après survint l'expulsion spontanée d'une môle, sans trace d'embryon.

L'autre cas, plus insidieux, évolua sans aucun des symptômes qui, parfois, font songer à la dégénérescence placentaire ; il n'y eut jamais de métrorragie ; la consistance de l'utérus paraissait normale et son volume en rapport avec l'âge présumé de la grossesse. Mais des vomissements incoercibles (avec oligurie et tachycardie 120-130) contraignirent M. Pollosson à l'avortement provoqué par évacuation digitale immédiate de l'utérus. Ici encore, il s'agissait d'une môle hydatiforme totale.

De ces cas et de quelques autres recueillis, il ressort qu'il y a plus qu'un rapport de coïncidence entre ces deux complications de la grossesse. Néanmoins, seuls quelques auteurs récents signalent les *vomissements incoercibles*, à côté de *l'albuminurie* (qui manqua chez nos deux malades), sous le nom d'accidents toxiques de la môle. On peut se demander, à ce propos, si c'est comme maladie placentaire qu'agit cette affection ou, plutôt, d'une façon mécanique, par la distension plus rapide, plus considérable et plus irrégulière de l'utérus, qu'elle détermine. Ainsi voit-on, dans l'un de nos cas, la disparition des vomissements coïncider avec l'arrêt de développement de la môle.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie de ces vomissements, leur

fréquence et leur gravité sont aujourd'hui bien reconnues. Des vomissements gravidiques rapidement incoercibles peuvent donc, par leur association avec un symptôme suspect, des métrorragies à répétition, par exemple, devenir un signe complémentaire de diagnostic de la môle. L'intérêt de ce diagnostic précis se conçoit aisément, car, en pareil cas, *l'évacuation hâtive de l'utérus est doublement indiquée, tant par la nature de la grossesse que par la gravité spéciale des vomissements molaires.*

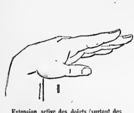
Des troubles de la contraction des extenseurs de l'avant-bras par allongement absolu ou relatif de ces muscles, simulant le syndrome de la paralysie ischémique de Volkmann.

Le syndrome « rétraction des fléchisseurs » est aujourd'hui bien connu. On sait qu'à la face antérieure de l'avant-bras peut se produire un raccourcissement progressif des corps fléchisseurs, soit tardivement par adaptation secondaire à une attitude vicieuse prolongée, paralytique ou autre, soit primitivement par traumatisme, brûlures ou cicatrices profondes, altérations musculaires diverses et, notamment, nécrose ischémique à la suite de la bande d'Esmarch ou d'un appareil trop serré (contracture ischémique de Volkmann). Le syndrôme au complet est des plus typiques et peut schématiquement se décrire ainsi : impossibilité de l'extension active ou passive des doigts sans flexion concomitante de la main, impossibilité de l'extension active ou passive de la main sans flexion concomitante des doigts. Nous n'avons pas ici l'intention de préciser davantage ce complexus bien classique depuis les premières observations de Stromeyer, Guérin et Larrey, les travaux de Volkmann et Littlewood.

Une lésion exactement inverse de celles précédemment énumérées : *l'allongement réel ou apparent, absolu ou relatif, des antagonistes extenseurs*, peut produire un syndrôme analogue.

Là aussi l'extension *active* de la main et celle des doigts ne pourront s'effectuer que successivement et non pas simultanément, les extenseurs relâchés devant être tendus préalablement par la flexion d'un segment de membre, sous peine de se contracter « à vide » et pour pouvoir entraîner l'extension du second segment. Par contre, l'extension *passive* simultanée de la main et des doigts sera souvent possible, du moins au début. En effet,

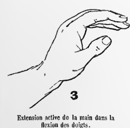
tandis que la rétraction des fléchisseurs produit fatalement l'élongation des antagonistes qui restent ainsi tendus, l'allongement des extenseurs ne s'accompagne pas, du moins primitivement, de la rétraction des fléchisseurs qui sont tout d'abord relâchés. C'est toujours la rupture de l'équilibre musculaire en faveur de la flexion, mais ici le contre-poids musculaire est distendu, jusqu'à son adaptation par rétraction ultérieure des muscles.



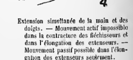
Extension active des doigts (surtout des doigts externes), dans la flexion de la main.

2

Extension active des doigts (surtout des doigts latéraux) dans la flexion de la main.



Extension active de la main dans la flexion des doigts.



Extension simultanée de la main et des doigts. — Mouvement actif impossible dans la contracture des fléchisseurs et dans l'élongation des extenseurs. — Mouvement passif possible dans l'élongation des extenseurs seulement.

Fig. 6.

Ce sont deux cas typiques de cet ordre que nous avons observés, l'un à la suite d'une fracture de l'extrémité du radius, l'autre consécutivement à un chondrome périostique de la partie supérieure de cet os. Seule, l'élongation des masses musculaires des extenseurs constatée opératoirement chez le second malade par M. Jaboulay, peut expliquer une impotence présentant les caractères et la distribution spécifiée ci-dessus, et qu'objectivent les schémas ci-contre.

Il faut admettre que cette lésion, si on a l'attention attirée sur sa possibilité, pourra rendre compte d'un certain nombre de troubles fonctionnels et de pseudo-paralysies généralement énigmatiques et fugaces. Car la guérison spontanée paraît devoir se produire dans la majorité des cas, à moins que les muscles ne soient envahis par une tumeur, déchirés par un traumatisme ou fixés par des adhérences, plutôt que simplement distendus par traction brusque ou lente, ou relâchés par rapprochement de leurs pôles d'insertion. Dans les conditions ordinaires où nous nous plaçons, l'adaptation musculaire paraît s'établir assez rapidement aux dépens des muscles atteints qui se raccourcissent peu à peu pour revenir à leur tonus normal, quand leur allongement n'a été que de peu d'étendue ; c'est la guérison que nous avons pu suivre chez notre deuxième malade. On pourrait craindre qu'au contraire les antagonistes prédominants ne se rétractent entre temps, comme après certaines sections tendineuses ; cette rétraction secondaire des fléchisseurs retendrait également la sangle musculaire relâchée, mais aux dépens d'une limitation définitive de l'extension.

Il convient donc d'exciter par tous les moyens (massage, électrisation) la résurrection des muscles défaillants. Immobiliser en extension forcée pour élonger parallèlement les fléchisseurs, ne serait-ce pas traiter en ennemis les muscles antagonistes, principe physiologiquement faux et qui n'aboutirait sans doute pratiquement qu'à augmenter encore le relâchement de la sangle contractile et l'atonie des muscles ? Mais il faudra veiller à l'équilibre musculaire pendant la convalescence des extenseurs, et si la limitation de l'extension passive trahit la contracture naissante des fléchisseurs, la combattre par l'immobilisation en extension ou le caoutchouc. En désespoir de cause, le raccourcissement des tendons extenseurs pourrait se présenter à l'esprit ; il trouvera rarement ses indications en pratique.

Résection de la tubérosité calcanéenne pour pied bot paralytique

Observation d'un cas de talus pied creux paralytique non justiciable de l'anastomose tendineuse, où M. Jaboulay associa avec succès à l'orthopédie la résection de la tubérosité calcanéenne, pour lutter contre l'accrochement du talon, le steppage à rebours dans la marche.

Amputation sus-calcanéenne

Nous avons rapporté deux cas de cette amputation que l'on pourrait définir une désarticulation de Chopart avec ablation de l'astragale, ou une désarticulation tibio-tarsienne avec conservation du calcanéum. Cliniquement, il y a plutôt lieu de la comparer à la sous-astragalienne dont elle partage à peu près les indications, tout en lui restant un peu inférieure au point de vue fonctionnel. Il faut néanmoins savoir que si l'état des parties molles oblige au sacrifice de l'un des os du tarse postérieur et que l'astragale soit lésée, on peut lui substituer le calcanéum dans le lambeau et obtenir ainsi un moignon approchant en force et en mobilité de celui de la sous-astragalienne. C'est ce que démontre l'observation des deux opérés de M. Jaboulay et les radiographies de l'un d'eux.

TABLE DES MATIÈRES

I. — GÉNÉRALITÉS

II. — TÊTE ET COU

III. — ABDOMEN

IV. — ORGANES GÉNITO-URINAIRES

V. — MEMBRES

Imp. P. LEGENDRE & Cie, 14, rue Bellecordière, Lyon.